

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ساعات استفاده از اینترنت در پسران دبیرستانی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۰۴

خلاصه

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ساعات استفاده از اینترنت در دانش آموزان مقطع دبیرستان دارای وابستگی به اینترنت شهر اهواز بود. **روش کار:** روش پژوهش از نوع آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۵ نفر گروه کنترل) از دانش آموزان دبیرستانی دارای وابستگی به اینترنت بود که به صورت نمونه گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به ابزارهای پژوهش که عبارت بودند از پرسشنامه کیفیت زندگی (کید اسکرین-۲۷) و پرسشنامه ساعات استفاده از اینترنت پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس (مانکوا) استفاده شد. **نتایج:** نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی ($F=45/82, p<0/001$) و کاهش ساعات استفاده از اینترنت ($F=152/43, P<0/001$) دانش آموزان مقطع دبیرستان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد.

نتیجه گیری: در نتیجه می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکنیک‌های پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش ساعات استفاده از اینترنت در دانش آموزان دبیرستانی دارای وابستگی به اینترنت موثر است. **کلمات کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، ساعات استفاده از اینترنت، وابستگی به اینترنت

مهشید عزیزی بروجن^{۱*}

ایران داودی^۲

یداله زرگر^۳

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲ دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳ استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

Email: Moradivastegani90@gmail.com

مقدمه

رایج ترین مشکلات در دوره نوجوانی در عصر حاضر محسوب می شود و نیازمند درمان ویژه است (۹). استفاده افراطی از اینترنت در تکالیف رشدی نوجوانان اثرات سوئی دارد و آثار آن ممکن است سال ها پس از دوره رشد نیز باقی بماند (۱۰) که این امر منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی آنان می شود.

سال هاست که پژوهشگران، مطالعه کیفیت زندگی را مورد توجه قرار داده اند. از سال ۱۹۴۸ که سازمان بهداشت جهانی سلامتی را نه تنها بهبود بیماری بلکه توانایی کامل برای ایفای نقش های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف کرد، کیفیت زندگی به شکل قابل ملاحظه ای در مراقبت بهداشتی و تحقیقات علوم پزشکی اهمیت پیدا کرده است و از سال ۱۹۶۰ با تشکیل کمیته اهداف ملی در آمریکا موضوع کیفیت زندگی بیش از پیش مطرح شد (۱).

استفاده زیاد از اینترنت با توجه به این که چالش های عاطفی و تضادهای خانوادگی بوجود می آورد می تواند سطح کیفیت زندگی نوجوانان را کاهش دهد و روش درمانی که بتواند سطح استفاده از اینترنت را کاهش دهد می تواند سطح کیفی زندگی نوجوانان را ارتقا دهد. کولدر و ولز^۶ (۲۰۱۱)، به نقل از راهدار، (۱۳۹۴) به تاثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اعتیاد به اینترنت پرداختند. نتایج نشان داد که، پس از اجرای درمان در میزان اعتیاد به اینترنت کاهش یافته است (۱۲). همچنین توهیگ^۷ و کروسبی^۸ (۲۰۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که این درمان توانست در ۸۵٪ موارد رویت صفحات مستهجن اینترنتی را کاهش دهد و نتایج نشان داد که این درمان بر افزایش کیفیت زندگی موثر بوده است. بنابراین برای کاهش استفاده زیاد از اینترنت و افزایش کیفیت زندگی دانش آموزان می توان از رویکرد نوین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که در تحقیقات نشان داده شده نقش مؤثری در کاهش مشکلات شناختی دارد، استفاده نمود. این مداخله تغییر افکار و احساسات را به جای تغییر شکل محتوا یا فراوانی آن ها را می

آمارهای منتشره از سوی مجامع بین المللی رسمی نظیر سازمان بهداشت جهانی^۱، انسیتوی پزشکی^۲ و منابع اطلاعات اینترنت و آمار مصرف^۳ نشان می دهد که استفاده از اینترنت به طور وسیع در اکثر جوامع بشری شیوع، گسترش یافته و با تمامی جنبه های زندگی انسان تلفیق شده است (۱). یانگ (۲۰۰۰) شیوع اعتیاد به اینترنت را در حدود ۵ تا ۱۰٪ کاربران اینترنت در جهان تخمین زده است (۲). اخیراً، سی سیلا^۴ و یی-لام^۵ (۲۰۱۴) اعتیاد به اینترنت را در ۳۱ کشور جهان مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ۶٪ مردم جهان به اینترنت اعتیاد دارند و بیشترین میزان اعتیاد به اینترنت در خاورمیانه به میزان ۱۰/۹٪ است که شامل ایران، ترکیه و لبنان می شود و کمترین این میزان در اروپای شمالی و غربی با میزان ۲/۶٪ مشاهده شد (۳).

اعتیاد به اینترنت یک عادت است و از لحاظ آسیب شناسی، حذف آن دشوار است، چرا که با لذت همراه است (۲). مشاهده ویژگی های شبیه علایم وابستگی دارویی، یعنی تحمل، علایم ترک و احساس اجبار در استفاده از اینترنت در برخی کاربران (۴). باعث شد که پژوهشگران در ابتدا معیارهای اعتیاد به اینترنت را از معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش چهارم) برای سوء مصرف مواد اقتباس کنند. اما دیری نگذشت که اغلب پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که اعتیاد به اینترنت را باید یک اختلال تکانه دانست، و معیارهای آن را بر اساس شبیه ترین اختلال کنترل تکانه به اعتیاد به اینترنت، یعنی قماربازی آسیب شناختی تنظیم کردند (۵).

نوجوانان به عنوان قشر در معرض خطر اعتیاد به اینترنت شناخته می شوند (۶). چون آن ها از نظر کنترل شناختی (۷) و مهارت های مرزبندی و تعیین هدف (۸) با دشواری هایی روبرو هستند. به همین دلیل می توان گفت که اعتیاد به اینترنت یکی از

1- World Health Organization (WHO)

2- Institute of Medicine

3 - Internet Information Sources and Usage Statistics (IISUS)

4- Cecilia

5- Yee-lam

6- Colder & Wells

7- Twohig

8- Crosby

پذیرد. پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری می‌شود (۱۳). این شش فرآیند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد (۱۴). زیرا این رویکرد، رابطه‌های ذهنی است که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن، روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه‌ها را تبیین می‌کند (۱۵).

در این درمان سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابل آن اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها) به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در گام چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است صورت می‌گیرد. در گام پنجم، به فرد کمک می‌شود تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (۱۶) ایجاد می‌شود. نتایج تحقیق دان و هوز^۱ (۲۰۱۵) نشان داد که درمان تعهد و پذیرش بر روی گروه آزمایش در طی ۲ ماه سبب کاهش اضطراب نوجوانان شد و همچنین سبب افزایش کیفیت زندگی آنان شد (۱۷). آندرسون^۲ و همکاران (۲۰۱۵) دریافت که مداخله درمانی پس از ۱۰ جلسه سبب افزایش تاب آوری و کیفیت زندگی بعد از گذشت جلسات می‌گردد و

رویکرد درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش تاب آوری و کیفیت زندگی اثربخش است (۱۸). نتایج تحقیق هازارد و فلیپ^۳ (۲۰۱۴) نشان داد که اقدامات درمانی تعهد و پذیرش پس از اجرای ۸ جلسه سبب تفاوت در نمره کیفیت هیجانی و کیفیت زندگی نوجوانان گروه آزمایش نسبت به کنترل شده است و در نتیجه درمان تعهد و پذیرش تاثیر زیادی در افزایش کیفیت هیجانی و کیفیت زندگی نوجوانان وابسته به شبکه‌های اجتماعی دارد (۱۹). نتایج تحقیق جورج^۴ و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که درمان تعهد و پذیرش باعث تغییر نمرات پس‌آزمون خودگسستگی و افسردگی نسبت به پیش‌آزمون شده و این تغییرات حاکی از آن بود که درمان تعهد و پذیرش باعث کاهش خودگسستگی و افسردگی معتادین شده است (۲۰). نتایج تحقیق چیکی^۵ و میل^۶ (۲۰۱۴) نشان داد که نمره کیفیت زندگی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر داشته است و به این نتیجه رسیدند که درمان تعهد و پذیرش بر افزایش کیفیت زندگی، ضریب سختی و کاهش ناگویی هیجانی موثر است (۲۱). با توجه به موارد عنوان شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی ساعات استفاده از اینترنت در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی دارای وابستگی به اینترنت شهر اهواز می‌باشد. لذا در پژوهش حاضر این مسئله مطرح می‌شود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ساعات استفاده از اینترنت در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی دارای اعتیاد به اینترنت اثربخش است؟

روش کار

در این پژوهش، از طرح آزمایشی گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل استفاده شد بر همین اساس، دو گروه از بین دانش‌آموزان دارای نمره بالا در پرسشنامه اعتیاد به اینترنت با ویژگی‌های جمعیت شناختی مشابه انتخاب شدند. ابتدا از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته شد. به دنبال آن، متغیر مستقل بر روی گروه آزمایش اعمال شد. بعد از آن پس‌آزمون صورت

3. Hazard & Philip

4. Jorej

5. Cheeky

6. Milet

1. Dan & Huze

2. Anderson

در این پرسشنامه در مورد سن، جنس، وضعیت تحصیل، مدت ازدواج و از شرکت کنندگان سوالاتی شد.

۲- آزمون اعتیاد به اینترنت یانگ:

این پرسشنامه توسط کیمبرلی یانگ (۱۹۹۶) ساخته شده و از معتبرترین پرسشنامه‌ها در زمینه اعتیاد اینترنتی است. این پرسشنامه در ۲۰ آیتم طراحی شده، خود اجرا بوده و نمره گذاری آن بصورت ۱ تا ۵ می‌باشد. نمرات به دست آمده برای هر فرد، وی را در سه گروه طبقه بندی می‌کند، ۱- کاربر عادی اینترنت (نمره بین ۲۰ تا ۳۹)، ۲- کاربر اعتیاد به اینترنت خفیف (نمره بین ۴۰-۶۹) و ۳- کاربر معتاد که استفاده بیش از حد وی را وابسته کرده و نیاز به درمان دارد (نمره ۷۰ به بالا). پرسشنامه جنبه های مختلف اعتیاد به اینترنت را می‌سنجد و به تعیین اینکه آیا استفاده بیش از حد از اینترنت بر جنبه های مختلف زندگی فرد تاثیر دارد یا نه می‌پردازد. در مطالعه یانگ و همکاران (۱۹۹۶)، پایایی پرسشنامه بالاتر از ۰/۹۲ ذکر شده و روایی آن نیز از طریق همبسته کردن با پرسشنامه افسردگی نیز معنی دار گزارش شده است (۲۲). در ایران نیز روایی و پایایی آن در پژوهش علوی و همکاران (۱۳۸۹) مورد تایید قرار گرفته است. اصغری (۱۳۹۱) در پژوهشی روایی پرسشنامه را از طریق همبسته نمودن با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۵۳ در سطح ۰/۰۰۱ گزارش نمود که نشان از روایی بالای پرسشنامه داشت. همچنین، پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش نمود. محمودی (۱۳۸۸)، به نقل از اصغری، (۱۳۹۱) نیز پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نمود (۲۳).

۳- پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (کید اسکورین):

این پرسشنامه توسط روبیتایل^۲ و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شد. هم اکنون، نسخه ۵۲، ۲۷ و ۱۰ گویه‌ای از این پرسشنامه وجود دارد. در این پژوهش از نسخه ۲۷ گویه‌ای استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۵ بعد است که ابعاد بهزیستی جسمی (۵ گویه)، بهزیستی روان شناختی (۷ گویه)، ارتباط با پدر و مادر و خودمختاری (۷ گویه)، حمایت اجتماعی هم سالان (۴ گویه) و محیط مدرسه (۴ گویه) را شامل می‌شود (۲۴). روایی ابزار توسط روبیتایل و همکاران (۲۰۰۷) از طریق تحلیل عامل تاییدی مورد

گرفت و تغییرات متغیر وابسته در گروه آزمایش و کنترل مورد اندازه گیری قرار گرفته و به عنوان معیاری برای مقایسه های لازم مورد استفاده قرار گرفت.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر دبیرستان‌های غیر دولتی شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. ابتدا، برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای^۱ استفاده شد. به این منظور، از نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر اهواز، ابتدا ناحیه ۳ به صورت تصادفی انتخاب شد و از ناحیه ۳ نیز دو دبیرستان پسرانه غیرانتقاعی بصورت تصادفی انتخاب شد و در گام بعدی از هر دبیرستان دو پایه و یک کلاس انتخاب شد که پایه‌های هشتم و نهم بصورت تصادفی انتخاب شد و در دو پایه جمعاً ۱۰۶ نفر پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ را تکمیل کردند. پس از انجام ارزیابی اولیه توسط پرسشنامه، تعداد ۳۰ نفر از دانش آموزانی که نمرات ۷۰ و بالاتر از پرسشنامه اعتیاد به اینترنت کسب کردند انتخاب شدند. این تعداد در دو گروه (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه اول یک دوره ده جلسه‌ای از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را طی کردند. گروه دوم به عنوان گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. البته پس از اجرای پژوهش، گروه کنترل نیز یک ماه پس از تعیین نتایج در معرض درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار خواهند گرفت. لازم به ذکر است ملاک‌های ورود در پژوهش عبارتند بودند از: نمره ۷۰ و بالاتر در پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ، انگیزش و رضایت برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود آشفستگی در روابط خانوادگی، استفاده از هرگونه خدمات روانشناسی و مشاوره، خطر آشکار خودکشی در زمان پژوهش.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (کید اسکورین)، آزمون اعتیاد به اینترنت یانگ استفاده شد که در ادامه هر کدام از این ابزارها توضیح داده می‌شود:

۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک

² . Robitail

1- multi-stage random sampling

سوال طرح شد (پیوست ۲). و از دانش آموزان درخواست شد تا با انتخاب یک گزینه (کمتر از دو ساعت، بین ۲ تا ۴ ساعت، بین ۴ تا ۶ ساعت و بین ۶ تا ۸ ساعت) میزان استفاده خود را تعیین کنند. نمره گذاری آن به ترتیب از ۱ تا ۴ در نوسان می باشد که کمتر از دو ساعت کمترین نمره و استفاده بین ۶ تا ۸ ساعت امتیاز ۴ را می گیرد.

بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برآزش مدل بود و پایایی آن نیز به روش الفای کرونباخ بین ۰/۸۴-۰/۷۸ به دست آمد. در ایران نیز روایی و پایایی ابزار توسط نیک آذین و همکاران (۱۳۹۱) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش آنها نشان داد که کیداسکرین ۲۷ گویه ای از روایی و پایایی مناسبی در جامعه ایرانی برخوردار است و پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد. برای سنجش ساعات استفاده از اینترنت یک

نتایج

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و ساعات استفاده از اینترنت در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

| متغیر | مرحله | شاخص آماری | میانگین | انحراف معیار | حداقل نمره |
|--------------------------|-----------|------------|---------|--------------|------------|
| کیفیت زندگی | پیش آزمون | گروه | | | |
| | | آزمایش | ۶۱/۲۰ | ۱۰/۵۷ | ۴۸ |
| | | کنترل | ۶۷/۶۰ | ۶/۹۸ | ۴۷ |
| ساعات استفاده از اینترنت | پس آزمون | گروه | | | |
| | | آزمایش | ۹۳/۳۴ | ۱۴/۴۶ | ۷۳ |
| | | کنترل | ۶۳/۴۰ | ۷/۴۸ | ۴۹ |
| کیفیت زندگی | پیش آزمون | گروه | | | |
| | | آزمایش | ۳/۸۰ | ۰/۴۱ | ۲ |
| | | کنترل | ۳/۸۶ | ۰/۳۵ | ۳ |
| ساعات استفاده از اینترنت | پس آزمون | گروه | | | |
| | | آزمایش | ۱/۲۰ | ۰/۴۲ | ۱ |
| | | کنترل | ۳/۵۳ | ۰/۵۱ | ۳ |

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی و ساعات استفاده از اینترنت گروه های کنترل پیش آزمون

| نام آزمون | مقدار | df فرضیه | df خطا | F | p | اندازه اثر | توان آماری |
|-------------------------|-------|----------|--------|--------|-------|------------|------------|
| آزمون اثر پیلایی | ۰/۸۷ | ۲ | ۲۵ | ۹۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۷ | ۱ |
| آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۱۲ | ۲ | ۲۵ | ۹۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۷ | ۱ |
| آزمون اثر هتلینگ | ۷/۲۰ | ۲ | ۲۵ | ۹۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۷ | ۱ |
| آزمون بزرگترین ریشه روی | ۷/۲۰ | ۲ | ۲۵ | ۹۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۷ | ۱ |

کیفیت زندگی و ساعات استفاده از اینترنت) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$ و $F=۹۰/۰۰۵$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت.

همانطوری که در جدول ۲ مشخص است، با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین دانش آموزان دبیرستانی دارای وابستگی به اینترنت گروه های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی گروه های آزمایش با**کنترل پیش آزمون**

| منبع تغییرات | مجموع مجدورات | df | میانگین مجدورات | F | □ | اندازه اثر | توان آماری |
|--------------|---------------|----|-----------------|-------|-------|------------|------------|
| پیش آزمون | ۵۷/۵۷ | ۱ | ۵۷/۵۷ | ۰/۴۱ | ۰/۵۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۹ |
| گروه | ۶۳۷۹/۰۳ | ۱ | ۶۳۷۹/۰۳ | ۴۵/۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ | ۱ |
| خطا | ۳۶۱۹/۶۷ | ۲۶ | ۱۳۹/۲۱ | | | | |

کیفیت زندگی

همان طوری که در جدول ۳ مشخص است با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) و میزان تأثیر برابر با ۰/۶۳ می باشد.

همان طوری که در جدول ۳ مشخص است با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) و

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون ساعت استفاده از اینترنت گروه های**آزمایش با کنترل پیش آزمون**

| منبع تغییرات | مجموع مجدورات | df | میانگین مجدورات | F | □ | اندازه اثر | توان آماری |
|--------------|---------------|----|-----------------|--------|-------|------------|------------|
| پیش آزمون | ۶/۶۱ | ۱ | ۶/۶۱ | ۰/۰۴ | ۰/۸۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۵ |
| گروه | ۳۵/۷۸ | ۱ | ۳۵/۷۸ | ۱۵۲/۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ | ۱ |
| خطا | ۶/۱۰ | ۲۶ | ۰/۲۳ | | | | |

ساعات استفاده از اینترنت

دبیرستانی شهر اهواز بود. با توجه به نتایج تحلیل مشخص شد، که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش کیفیت زندگی پسران دبیرستانی دارای وابستگی به اینترنت می شود. به عبارت دیگر، این درمان توانست بهزیستی جسمی، بهزیستی روان شناختی، ارتباط و خود مختاری و دریافت حمایت اجتماعی از محیط مدرسه را در گروه آزمایش بهبود بخشد. نتایج با پژوهش های (۱۲)، (۱۷)، (۲۵)، (۲۶)، (۲۷) همسو است. ضمناً نتایج نشان داد، بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ ساعات استفاده از اینترنت تفاوت معناداری وجود دارد.

همان طور که در جدول ۴ مشخص است با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ ساعات استفاده از اینترنت تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) و در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش میزان ساعات استفاده از اینترنت گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر برابر با ۰/۸۵ می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ساعات استفاده از اینترنت در پسران

است. دانش آموزان دارای اعتیاد اینترنتی نیز خود را با احساسات و افکارشان معرفی می‌کنند، "من کسل کننده هستم" "من بی ارزشم" "مضطربم" و... یکی از دانش آموزان در گروه با اعتقاد به فکر "من بی ارزشم" به دنیای مجازی وارد می‌شد و با تشکیل گروه‌های دوست یابی و معرفی شخصیتی غیر واقعی از خود آرامشی را برای خود ایجاد می‌کرد، که این آرامش در مقابلش هزینه‌های سنگینی پرداخت می‌شد، مثل، دور شدن از دوستان خود در دنیای واقعی، آسیب به روابط با افراد خانواده و در نهایت کاهش کیفیت زندگی.

از دیگر قسمت‌های مدل آسیب شناسی اکت عدم ارتباط با زمان حال است. زمانی که در لحظه‌ی حال حضور نداریم به این معناست که در این لحظه از رویدادهای درونی و بیرونی خود آگاه نیستیم، این عدم آگاهی از رویدادهای درونی در دانش آموزان دارای وابستگی اینترنتی باعث می‌شود که آنها از آن چه که درونشان اتفاق می‌افتد و آنها را وادار می‌کند که وارد اینترنت شوند و ساعات متمادی را در آن جا بگذرانند، ذهن آگاه نباشند. به گفته‌ی خود این دانش آموزان نمی‌دانیم چه چیزی در آن لحظه در ما وجود دارد که ما را وادار می‌کند وارد فضای مجازی شویم و هر چه تلاش می‌کنیم سریعتر خارج شویم موفق نمی‌شویم. با بررسی بیشتر مشخص شد آنها در آن لحظه از میل شدیدی که برای تجربه‌ی دوباره‌ی لذتی که از دیدن تصاویر در اینترنت داشته‌اند، آگاه نبوده‌اند.

یکی دیگر از مفاهیم شش ضلعی آسیب شناسی در اکت، عدم تصریح ارزشهاست. ارزشها در اکت به این معنا نیست که آیا انتخاب‌های خاصی درستند یا غلط؟ خوبند یا بد؟ ارزشها در واقع توصیفاتی هستند از آنچه برای فرد مهم است، و جهتی که فرد در زندگی می‌خواهد به سمت آن حرکت کند. وقتی که افراد نمی‌دانند چه چیز برایشان مهم است و مسیر و جهت خود را در زندگی گم کرده باشند، باعث می‌شود که به سمت بیراهه‌هایی بروند که آنها را از آن چه که دوست دارند و می‌خواهند باشند، فرسنگ‌ها دور کند. افرادی که زمان زیادی را صرف استفاده از اینترنت می‌کنند از ارزش‌های خود آگاهی نداشته و همین مسأله باعث می‌شود کمتر به خانواده، دوستان، جسم و روان خود توجه

به بیان دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش ساعات استفاده از اینترنت پسران دبیرستانی دارای وابستگی به اینترنت شد. نتایج با پژوهش‌های (۲۸)، (۲۹)، (۳۰) و (۳۱) همسویی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چگونه باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش استفاده افراطی از اینترنت در گروه آزمایش شده است؟ در تبیین این یافته‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

پیش از تبیین یافته‌ها سعی می‌شود که به طور مختصر، وابستگی به اینترنت به کمک مدل شش ضلعی آسیب شناختی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تبیین شود: یکی از عوامل موجود در این شش ضلعی آمیختگی شناختی به معنای یکی شدن با افکار و عین واقعیت دانستن آنها است. به طور مثال، در جلسات یکی از دانش آموزان بیان می‌کرد، "مگر می‌شود که بدون رفتن به اینترنت زندگی کرد." "در اینجا می‌توان گفت که این یک فکراست و این افراد به علت یکی شدن با فکر و واقعی دانستن آن از این فکری پیروی کرده و بدون توجه به پیامدهای استفاده افراطی از اینترنت وارد دنیای مجازی شده و ساعات زیادی را صرف گذراندن در این فضای می‌کنند.

یکی دیگر از مفاهیم آسیب شناسی اکت اجتناب تجربه‌ای است که تا حدودی مبتنی بر آمیختگی شناختی است. براساس این مفهوم، افرادی که استفاده‌ی افراطی از اینترنت دارند، تلاش بسیاری برای فرار یا اجتناب از شکل یا فراوانی رویدادهای درونی (افکار، احساسات، خاطرات، میل‌ها، و...) می‌کنند، حتی زمانی که تلاش برای چنین کاری باعث آسیب روان شناختی می‌شود. برای مثال این افراد برای فرار از وسوسه‌ی رفتن به اینترنت و تجربه نکردن این رویداد درونی (یعنی وسوسه) به سرعت وارد اینترنت می‌شوند و یا بارها تلاش کرده‌اند، به طرق مختلف ساعات استفاده خود را با ورزش کردن، جمع کردن لپ‌تاپ، گوشی و... کاهش دهند. در واقع قانون ذهنی این افراد این است که تلاش برای بازداری و اجتناب از محرک آزارنده درونی، رنج و ناراحتی فوری را از بین می‌برد.

یکی دیگر از مفاهیم آسیب شناسی اکت، خود مفهوم سازی شده است، این خود آغشته به افکار، احساسات، خاطرات، و...

کنند، همین امر منجر به کاهش سطح کیفیت زندگی این افراد می‌شود.

در پکیج مورد استفاده در این پژوهش، با استفاده از تمرین‌ها، تکنیک‌ها و استعاره‌هایی که در اکت استفاده می‌شوند، تلاش شد تا به جای عناصری که در بالا اشاره شد و باعث شده بود تا دانش آموزانی که استفاده‌ی افراطی از اینترنت دارند، دچار مشکلات زیادی شده و سطح کیفیت زندگی آنها کاهش یابد، جایگزین‌هایی قرار گیرد که نهایتاً منجر به افزایش سطح کیفیت زندگی و کاهش ساعات استفاده از اینترنت شود.

در هر جلسه با آموزش تمرینات ذهن آگاهی به افراد کمک شد تا با بودن در لحظه‌ی حال و مشاهده کردن عمدی و ذهن آگاهانه‌ی رویدادهای درونی و بدون قضاوت، رفتار و واکنشی مؤثر نسبت به مسایل نشان دهند. وقتی افراد این تمرینات را در جلسات و خارج از جلسات درمان انجام می‌دهند، در واقع یاد می‌گیرند، که هرگاه فکر یا احساس یا میلی برای رفتن به اینترنت و استفاده از آن برایشان ایجاد شد، آن را مشاهده کرده و با آگاهی از این که این یک فکر، احساس، یا میل است، نسبت به آن واکنش سریع و غیرمؤثر نشان ندهند، و متناسب با موقعیتی که در آن قرار گرفته‌اند رفتار و واکنشی مؤثر انجام دهند.

هم چنین، با توضیح این نکته که ذهن ما همچون کارخانه ایست که تولیداتی دارد و با آن تولیدات معنا پیدا می‌کند. تولیدات ذهن، همان افکار، احساسات، امیال و... هستند. این موضوع آموزش داده شد که تلاش برای نداشتن فکر، احساس و... موجب می‌شود که آنها با شدت بیشتری بازگردند. در اینجا بوسیله‌ی استعاره‌ی طناب کشی با هیولا، افراد متوجه این مطلب شدند که اجتناب از رویدادهای درونی (میل شدید یا فکر رفتن به اینترنت) و تلاش برای کنترل تجارب درونی می‌تواند خود بخشی از مشکل باشد. بعد از رسیدن به این بینش که کنترل ذهن مشکل آفرین است، فرایند تمایل (پذیرش) به عنوان جایگزینی برای اجتناب تجربه‌ای و تلاش برای کنترل معرفی شد.

تمایل به معنای تجربه کردن یک احساس، فکر، میل، و... و مشاهده کردن آن و تصمیم برای انجام دادن کاری است که

برای فرد مهم است. به این منظور از تمرین‌های "تمایل داشتن برای از نفس افتادن" استفاده شد. این تمرین از دو بخش تشکیل شده است بخش اول: از افراد خواسته شد تا آنجا که می‌توانند نفسشان را حبس کنند و مدت زمانی را که نفسشان را حبس کردند یادداشت کنند. بخش دوم این تمرین از آنها خواسته شد همان کار را دوباره انجام دهند اما این بار تمایل داشته باشند تا احساسات ناراحت کننده و دشواری داشته باشند و به کمک مهارت‌های ذهن آگاهی فقط به مشاهده بپردازند از آنها خواسته شد چند نفس عمیق بکشند بعد نفسشان را نگه دارند و به هرگونه ناراحتی و سختی این کار توجه کنند و فقط اجازه دهند که ناراحت باشند سعی نکنند از شر آن خلاص شوند و فقط با کنجکاوی تجربه‌ی خود را زیر نظر داشته باشند. در ادامه‌ی این تمرین از آنها خواسته شد که تجربه‌ی خودشان در طول انجام این تمرین را شرح دهند و در ادامه سوالاتی مثل اینکه آیا ناراحتی تان در مورد حبس کردن نفس گذرا بود؟ چه زمانی میزان ناراحتی تان کاهش یا افزایش داشت؟

با پرورش دیدگاه خردمندانه افراد با فرایند گسلس یعنی جایگزینی برای آمیختگی شناختی آشنا شدند. در این فرایند افراد آموختند که رویدادهای درونی را همانطور که واقعا هستند، ببینند، نه آنطور که خود ان رویدادها می‌گویند. در نهایت این مبحث باعث می‌شود فرایند تمایل بهتر رخ دهد، چون گسلس از افکار و احساسات باعث می‌شود، کارکرد این رویدادهای درونی به عنوان موانع روانشناختی کاهش یابد.

برای تصریح ارزش‌ها بوسیله تمرین جدول زندگی کردن با اعداد و به کار بردن استعاره‌ی چوب جادویی به روشن سازی و تصریح ارزشهای افراد پرداخته شد. روشن سازی و تصریح ارزشهای افراد در حوزه‌های مهم زندگی شان، در هدایت آنها در خارج از حمایت درمانگر کمک می‌کند. این کار به پیامد بلند مدت درمان کمک خواهد کرد. افزایش زمان پرداختن به فعالیت‌های ارزشمند، در واقع باعث کاهش رفتارهای تنظیم شده بوسیله اجتناب یا فرار (صرف زمان زیاد در اینترنت) شد. در این درمان بعد از معرفی ارزشها و حوزه‌های مهم زندگی از دانش آموزان خواسته شد که ارزشهای خود را در حوزه‌های مهم چون

به طور کلی، این درمان به کمک مولفه‌های ذهن آگاهی، گسلش، خود به عنوان زمینه، صراحت ارزشها، که هر کدام از این مولفه‌ها ارتباط و تأثیر متقابل بر یکدیگر دارند، به افزایش کیفیت زندگی و کاهش ساعات استفاده از اینترنت کمک کرد. با توجه به مطالب فوق می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش ساعات استفاده از اینترنت شد.

محدودیت‌های این پژوهش عبارتند از: کنترل نکردن کامل شرایط خانوادگی، طبقه‌ی اقتصادی در گروه آزمایش و کنترل، عدم اجرای دوره پی‌گیری و نداشتن گروه درمان نما.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به پژوهشگران علاقمند به این حیطه توصیه می‌شود که علاوه بر پرسشنامه‌های خود گزارشی از نظر والدین این دانش آموزان درباری استفاده از اینترنت استفاده شود تا اعتبار نتایج افزایش پیدا کند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مدارس غربالگری‌هایی برای شناسایی نوجوانان دارای اعتیاد اینترنتی صورت گیرد و مداخله‌ی درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش به دلیل اثرات درمانی موثرش با همکاری کادر آموزشی انجام پذیرد.

تحصیلات، روابط خانوادگی، روابط دوستانه، تفریح و . . . روشن و تصریح کنند و با تعیین اهداف مشخص و عینی در راستای ارزشهای تصریح شده متعهد شدند که در خلال جلسات به عنوان تکلیف خانگی این اهداف را تبدیل به عمل کنند. به طور مثال درحوزه‌ی روابط خانوادگی پسرخوب بودن به عنوان ارزش مشخص شد و در همین راستا اهدافی مشخص شد مبنی بر اینکه در هفته یک شب در میان زمانی را صرف تماشای فیلم با خانواده‌ی خود کنند.

همچنین با بررسی موانع درونی و بیرونی بر سر راه عمل متعهدانه و توضیح دادن بیشتر فرایند تمایل به وسیله‌ی استعاره‌ی "گدا دم در" به افراد کمک شد که برای پایبندی و تعهد به انجام تکالیف ارزشی خود (برای مثال، صرف زمان بیشتر با افراد خانواده در راستای کاهش استفاده از اینترنت) مصمم تر پیش بروند. در واقع حرکت در جهت ارزشها مستلزم مهارت‌هایی است که افراد در جلسات آموخته اند. برای مثال: اجتناب و آمیختگی موانع مهمی برای حرکت در جهت ارزشهاست، بنابراین گسلش و تمایل مهارت‌های اصلی برای برطرف کردن آن موانع است. به همین نحو افراد با استفاده از مهارت ارتباط با زمان حال با یک خود خردمندانه (خود به عنوان زمینه) به بهترین نحو به تعهدات آینده محور نزدیک می‌شوند.

References

1. Mohseni Tabrizi A, Hoveyda L, Omid F (2010), Cyberbullying and its Personal and Psychological Consequences: Surveying Young Internet Users in Tehran. *Social Science Research Journal*, 4(3): 69-51.
2. Widyanto L, McMurrin M (2004), The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychol Behav*, 7(4): 443-50.
3. Saliceti F (2015), Internet Addiction Disorder (IAD). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191: 1372 - 1376.
4. Lim JS, Bae Y-K, Kim SS (2004), A learning system for internet addiction prevention. *Proceedings of the IEEE International Conference on Advanced Learning Technologies (ICALT'04)*.
5. Ghasemzadeh L, Shahrarai M, Moradi A (2007), The prevalence rate of internet addiction among high school girls in Tehran and comparing addicted and non-addicted girls with loneliness, self-esteem and social skills. *Journal of Women's Cultural-Defense Studies*, 3(1): 28-7.
6. Bullen P, Harre, N (2009), *The Internet: Its Effects on fatetyandbehaviour Implicationsfor Adolescents*, Department of Psychology, University of Auckland, November.
7. Casey BJ, Tottenham N, Liston C, Durston S (2005), Imaging the developing brain: What have we learned about cognitive development? *Trends in Cognitive Sciences*, 9: 104-110.
8. Liu T, Potenza MN (2007), Problematic internet use: Clinical implications. *CNS Spectrums*, 12(6): 453-466.
9. Liu Q-X (2015), Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*, 42: 1-8.
10. Ko C, Hasio S, Liu G, Yen J, Yang M, Yen C (2010), The characteristics of decision making, potential to take risk, and personality of college students with internet addiction. *Psychiatry Res*; 175: 121-125.

11. Bakhshi, R (1999), The Effect of Nursing Counseling on the Quality of Life of Women with Breast Cancer Radiotherapy at Tehran Cancer Institute. M.Sc. Thesis, Iran University of Medical Sciences.
12. Rahdar P (2015), The Effectiveness of Commitment and Acceptance Therapy on Emotional Regulation and Quality of Life in Social Networking Students. Master thesis. Semnan Islamic Azad University.
13. Twohig MP, Crosby JM (2010), Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. *Behavior Therapy*, 41(3): 285-295.
14. Olson, A (2014). The effect of acceptance and commitment therapy on the self_dissociation and depression of students. *Journal personality and individualss difference*,; 39 (1): 64-71.
15. Izadifar R, Abedi MR (2013), Acceptance and commitment therapy. Second edition, The Jungle Publishing, Javdane.
16. Fidelman H (2014), The efficacy of acceptance and commitment therapy on obsessive rumination, depression and resilience. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15: 155- 167.
17. Dan K, Huze R (2015), The effect of acceptance and commitment therapy on the quality of life and anxiety of students anxiety. *Journal of Personality assessment*, 63 (2): 262 - 274.
18. Aanderson R, Fritch A., Nagasaka T, Gunderson J (2015), The effect of acceptance and commitment therapy on the resilience and quality of life of patients addicts. *Journal of health psychology*, 47 (4): 124 – 132.
19. Hazard S, Philip A (2014), The efficacy of acceptance and commitment therapy on quality of life and quality of emotion of students. *Behavior Res Therapy*. 46: 487-495.
20. Jorej R, Suchman A, Mathews D (2014), The effect of acceptance and commitment therapy on the depression and self_dissociation of addicts. *Journal of Personality assessment*, 63 (2): 262 - 274.
21. Cheeki K Milet F (2014), The effect of acceptance and commitment therapy on the adversity quotient, quality of life and alexithymia of students. *journal of Advanced Academics*. 20(1): 5-17.
22. Young K (1996), Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychol Behav*, 1(3):237-44.
23. Alavi SS, Jannati Fard F, Murasi MR, Rezapour H (2016), Investigating the Psychometric Properties of GPIUS Internet Addiction Questionnaire among University Students of Isfahan University of Medical Sciences in 2009. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, (40): 38-51.
24. Nik-Azin A, Naeinian M R, Shairi M R (2013), Validity and Reliability of Health Related Quality of Life Questionnaire “KIDSCREEN-27” in a Sample of Iranian Students . *IJPCP*. 18 (4) :310-321
25. Entezari A (2014), The effect of commitment and acceptance therapy on depression and quality of life in students. Master thesis. Islamic Azad University of Tehran.
26. Khadem A (2013). The effect of commitment and acceptance-based treatment on quality of life of substance abusers. Master thesis. Islamic Azad University of Shiraz.
27. Morin M, Collech C, Ston J, Sood R (2015), The efficacy of acceptance and commitment therapy on the quality of life and shyness in students of addicts to internet. *International Journal of Stress*, 34 (2): 175-187.
28. Dosti P, Gholami S, Tartabian S (2016), The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Aggression in Students with Internet Addiction. *Journal of Health Care*, Year 8 (1): 76-63.
29. Veen D (2014). The effect of acceptance and commitment on the use facebook. *Research social*, 30: 149- 160.
30. Cecilia C, Yee-lam LA (2014), Internet addiction prevalence and quality of (real) Life: A meta-analysis of 31 nations across seven worlds. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 17 (12): 755-760.
31. Kuss D. J, Griffiths MD (2012), Online social networking and addiction-a review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8: 3528-3552.

*Original Article***Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Hours of Internet Use in High School Boys**

Received: 20/05/2019 - Accepted: 26/10/2019

Mahshid Azizi Boroujen*¹Iran Davoodi²Yadollah Zargrar³¹M.Sc Student of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.²Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.³Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Email: Moradivastegani90@gmail.com

Abstract**Introduction:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment based treatment on quality of life and hours of internet use in high school students with internet addiction in Ahvaz.**Methods:** The research method was pre-test, post-test with control group. The sample consisted of 30 students (15 experimental group, 15 control group) from high school students with internet addiction who were selected by multistage cluster sampling and the research tools consisted of Quality of Life Questionnaire (Kidney Screening Questionnaire). 1) and the Internet Hours Questionnaire responded. Analysis of covariance (Mankova) was used for data analysis. Results: The results of the data analysis showed that acceptance and commitment therapy increased the quality of life ($P < 0.001$, $F = 82.45$) and decreased hours of Internet use ($P < 0.001$, $F = 43.115$). High school students in the experimental group were compared with the control group.**Results:** The results of the data analysis showed that acceptance and commitment therapy increased the quality of life ($P < 0.001$ and $F = 82/45$) and decreased the hours of Internet use ($P < 0.001$ and $F = 43/152$). High school students in the experimental group were compared with the control group.**Conclusion:** It can be concluded that Acceptance and Commitment Therapy with Acceptance and Commitment Techniques are effective in enhancing the quality of life and decreasing the hours of internet use in high school students with internet addiction.**Key words:** Acceptance and Commitment Therapy, Quality of Life, Internet Hours, Internet Dependency